



TITLE:

対談シリーズ3 第88回日本泌尿器科学会総会

AUTHOR(S):

小柳, 知彦; 吉田, 修

CITATION:

小柳, 知彦 ...[et al]. 対談シリーズ3 第88回日本泌尿器科学会総会. 泌尿器科紀要 2000, 46(1): 53-57

ISSUE DATE:

2000-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114192>

RIGHT:

対談シリーズ3 第88回日本泌尿器科学会総会

小 柳 知 彦

(北海道大学教授・第88回日本泌尿器科学会総会会長)

吉 田 修

(京都大学名誉教授 日本赤十字社和歌山医療センター院長)

吉田：本日はお疲れのところどうもありがとうございます。

『泌尿器科紀要』も45巻になりました。私も現役時代は非常に忙しくなかなか時間が割けなかったのですが、皆さんのご支援でここまで育ってきたジャーナルですので、いろいろなことをフィードバックすると共にもっと楽しんで読んでいただけるものにしたいと思って、名誉編集委員長になってから対談や最終講義を載せる企画を始めました。

本日は、来年第88回日本泌尿器科学会総会の会長として、また泌尿器科教授としてのお考えなどを先生にお伺いしたいと思っています。

まず最初に、第88回日本泌尿器科学会総会は6月でしたね。

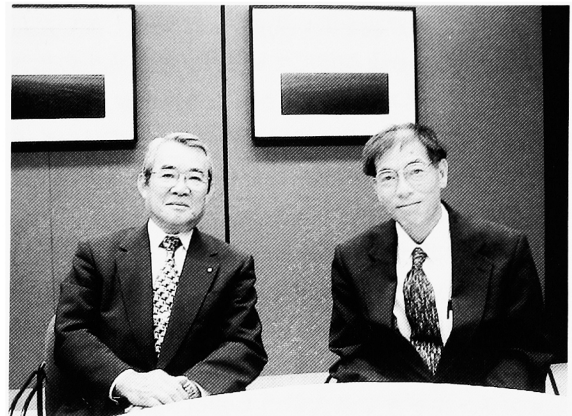
第88回日本泌尿器科学会総会

小柳：平成12年、2000年の6月7日（水）から10日（土）までの4日間にわたって行われます。

吉田：先生はいろいろなお考えを持っておられると思いますが、まず会長としての基本理念からお聞かせ下さい。

小柳：第88回日本泌尿器科学会の基本理念は、この学会が西暦2000年という20世紀の一番最後の年で21世紀を目前にしているということで、タイトルを“Urology at the Turn of Century and Beyond”，テーマを“Dream, Challenge & Novelty”と掲げさせていただきました。すなわち、泌尿器科学の新しい展開と夢、挑戦、独創性ということになります。

吉田先生が総会を主催されたときには“Science, Art, Humanity”というテーマでおやりになったと思うのですが、私は、20世紀後半は近代科学のいろいろな進歩に支えられて泌尿器科学は著しく発展したと思います。最近では、尿路腫瘍のいろいろな面、特に診断治療においても molecular biology を役立てようという試みがなされ、実際に検査レベルで可能なものも出てきています。非常に著しい発展があったことは事実で、21世紀はなおその傾向が強くなるのではないかと思います。発癌を例にとると、分子メカニズムでいろいろなことがわかってくるにしたがって、その複雑さゆえに逆にニヒルになりネガティブになるような面



もあるのではないかと思います。しかし、この学会に集まってこられる若い泌尿器科医の方々にはそういう negativism に冒されないで、21世紀の泌尿器科学に残された癌や加齢の問題の克服に夢を託して、新しい独創的な考え方で挑戦していったほしいということで、このテーマを掲げさせていただきました。

吉田：2000年の学会にふさわしいテーマですね。

小柳：Plenary session の大部分はそのラインに沿って企画致しました。そういう点で、招請講演は国立がんセンター名誉総長の杉村隆先生にお願いしました。今も触れたのですが、マルチステップの発癌の機構がわかってくればくるほど次の複雑さがまた加わってきて、癌の克服に関してはむしろ予防の方に力を入れるべきで、克服など不可能だというような考えを持つ方もあると思うのです。しかし、NCI の Richard Klausner 所長がこういうことを言っていました。万有引力の法則が300年前に発見された後にいろいろなことがわかってきて、それらを克服するテクノロジーが備わってくると、人工衛星や宇宙開発など不可能だったことも結局は可能になってくる。発癌のメカニズムもひとつひとつわかってくれば、時間はかかるかもしれないけれども必ず克服できるはずだ、と。そういうことを踏まえて、杉村先生に、次の世代を担う若い人たちに夢を与えるようなお話をさせていただけないかとお願いしましたところ快く引き受けて下さいました。Genetic および epigenetic な側面についてお話していただけるということで、夢を託せるようなお話を聞けるのではないかと楽しみにしています。

それから「挑戦」という点では、昨今、日本でも脳死臓器移植が始まって盛んになりつつありますよね。今の日本と同様に臨床として定着する前の1950~1960年代のアメリカで、移植に果敢に挑んで臨床技術として定着するまでに非常に貢献されたピッツバーグ大学のStarzl博士に、臨床医学におけるチャレンジという意味でお話をいただけないかということをお願いしましたところ、Starzl先生にも快く引き受けていただきました。彼には、移植医療を、外科学を通じての挑戦ということの意義を若い先生方にお話ししていただけるのではないかと期待しています。吉田先生の総会のためにノーベル賞を受賞されたMurray博士をお呼びになりましたよね。泌尿器科の話だけではなく違う分野の先生のお話を聞くことも意味があるのではないかと考えています

吉田：非常に結構ですね。

小柳：それから独創的な考えを持ってこれからの課題にチャレンジしてほしい。夢を持ってほしいということで、独創的なアイデアをいろいろと出しておられるジョンズ・ホプキンス大学のCoffey先生にもお話をさせていただきます。彼は、前立腺癌、前立腺肥大症のmolecular aspectを通じて独創的な考え方を講演していただけるのではないかと考えています。

招請講演にはその他にも何人か予定しているのですが、今回のテーマに挙げました泌尿器科の新しい展開、そして夢、挑戦、独創性ということをキーワードにして計画しています

吉田：このように3つの柱を基本にして総会を組み立てられるのは、一般の会員にとって大変わかりやすく実りの多い総会になると思います

小柳：ありがとうございます。

吉田：招請講演以外のplenary sessionでも、今おっしゃられた「夢、挑戦、独創性」を貫いていかれるのですか。

小柳：はい。その他にも教育講演、特別講演を組んでおりますけれども、いずれもこのラインに沿っていろいろ計画しています。具体的内容に関しては、最近の泌尿器科学会会報にfirst announcementを載せさせていただきました。

吉田：基本的な理念に沿っての組み立てを今伺いたわけですが、それ以外に新しい試みやセールスポイントが何かございましたらお聞かせ下さい。

小柳：Plenary sessionでは他にシンポジウム、パネルディスカッション、教育企画として手術のコツ、ケーススタディ、ディベートなどを計画しています

特にシンポジウムでは、現時点での結論を出していただくことを各司会者をお願いしております。シンポジウム1)では、国立がんセンターの垣添先生にご司会いただき、ますます問題になっている癌患者の

follow-upについて、特に医療経済を含めたfollow-upをどうするかという内容でお願いしています。私たちは、ますます多くなってきている癌患者をどのようにfollow-upしていけばいいのかについてあまりコンセンサスを得ていないような気がするんですね。今後こういうことを進めて行く上では、どうしても医療経済的な面、cost benefitも考えていかなければならないのではないかと思います。たとえば、最近さかんになっている腎癌に対する腎温存手術の場合には、どのような間隔で何を用いてフォローすべきか。それについてのevidenceもあってしかるべきだと思うので、単に検査のmodalityがあるからするというような状況ではいけないと思います。今後は、若い先生方も全体としての経済的な面も考えたフォローをしていただきたいということで、このような企画を立てました。

吉田：医療経済は確かに非常に重要なことですが、泌尿器系の癌患者のfollow-upをコストパフォーマンスから見るとするのは具体的に言うとうどういうことなのでしょう？

小柳：必要な検査の有効性を考慮した上で、なおかつ効率よいフォローをしていかなければならないということです。

吉田：Evidence-based medicineですね。

小柳：そういうことです

吉田：医療経済というのは？

小柳：現時点では日本では出来高払いでいくらやってもいいような側面があります。しかし、医療費が年々増え続けることから、いずれ規制、制約が導入されることが予測されますよね。

吉田：DRG/PPSですね。

小柳：そうです。ですから、これからの医療を進めていく上ではそういうことも考えてやっていかなくてはならないのではないかと考えます。今回は身近な例として、たとえば腎癌や精巣腫瘍を取り上げて、optimalなfollow-upの間隔とmodalityは何かということ議論するわけです。もちろん患者に不利益にならないように、そういう意味で垣添先生には非常に難しい問題をお願いしました。

吉田：良くわかりました。今のお話で、医療経済をそういう側面からも見る必要があるけれども、やはりevidence-based medicineという方向にも関連づけられますね。

小柳：ことに垣添先生は、今年4月の打ち合わせで発言する場合にはevidenceを持ってくるように各発表者に要求されたようですので、かなり当初意図したものに近くなると期待しています

吉田：なるほどね。同じ膀胱腫瘍でも、どういうものだったなら年に何回、検査をどういうふうにするにすればいい

か……

小柳: 今は3カ月に1回とかでやっていますが, 本来TaとT1では当然違ってくるはずですよ. これからはそのようなことを念頭に置いた医療をやっていかなければならないと思います.

吉田: なるほど, 大変面白い試みですね.

小柳: 今回のシンポジウムでは, basic scienceよりもむしろ practical なことを念頭においていろいろ企画させていただきました.

それ以外には, 「2) High risk 移植の治療指針」を名大の大島先生にお願いしました. 九大の本元先生には「3) Erectile dysfunction の現状と将来」をお願いしました. これも現在 QOL という観点から非常に関心が高いトピックで, また泌尿器科医としても取り組まなければならない分野です. また, 「4) 小児排尿異常へのアプローチ」というシンポジウムも企画しています.

今回は, 司会はお1人の先生だけに, しかも若手の先生にもかなり依頼しました. 学会テーマにも先程挙げましたが, これからの21世紀の泌尿器科学を担っていく若い先生方にポジティブに参加していただくことを念頭に置いています

吉田: いいですね.

小柳: パネルディスカッションも4つ用意しました. 仮に結論が出なくても, 現時点でどのようになっているかをお話いただくことにしております

東大の北村唯一先生には「From bench to bedside」というテーマで, これは基礎研究の臨床への応用をどのように図っているかをいくつかの研究領域をあげてお願いしています.

それから「尿路の画像診断における最新技術」という題名で, これは慈恵医大の大石先生にお願いしています. また, 「治療機器における最新技術」という内容で, 東京医大の三木先生に司会をお願いしています. 兵庫医大の鳥先生には「Changing concepts in pediatric urology」をお願いしました. 最近, 小児泌尿器科学は大きく変貌しましたが, 小児泌尿器科学会が独立したという事情もあって, 会員の皆さんにはだんだんなじみが薄くなってきているのではないかと思います. このあたりで, 小児泌尿器科学の変遷しつつある面をパネルディスカッションしていただく予定にしています

総会はいろいろな知見を持ちよると同時に教育の場所でもあるということ念頭に置いて, 今回は教育企画を3つほど用意させていただきました. 大項目としては「手術のコツ」とし, 代表的な手術, 具体的には後腹膜リンパ節郭清, 経尿道的尿管結石砕石術, 尿道下裂, 根治的前立腺摘除術, それから内視鏡下副腎摘除術を取り上げ, その道のエキスパートの先生にビデ

オとスライドを中心にして話していただければ現場の先生にも非常に役に立つのではないかと考え企画いたしました. AUA でもTrick of the trade としてやっていますよね. ああいう感じで, 自分はこうやるという風にお話ししていただければと思います.

また, これは二番煎じになるのですが, 吉田先生も総会のときにやられたケーススタディですね. 二番目の教育企画として「Case study with experts」というテーマで表在性の膀胱腫瘍, 尿路結石症, 尿失禁を取り上げて, 司会者が代表的な症例を出し, その道の第一人者2人が自分ならこうするという話をしていただくという趣向です.

もう1つは教育企画としてのディベート Points & Counterpoints です. 局所浸潤性膀胱癌に対して膀胱温存派と膀胱全摘派に分かれてディベートしていただきます. また, 局所限局性前立腺癌に対しては温存治療 (radiotherapy) か radical prostatectomy か, この辺も問題の多いところですので, 大阪府立成人病センターの宇佐見先生のご司会でディベートしていただくことになっています. 前立腺肥大症についても, classic TURP が今いろいろ批判されているので, それなのか alternative treatment なのかを討論していただきます. 「Case study with experts」にしろディベートにしろ, 聴衆との interactive な形にするために audience response system を組み入れようかと計画しています

吉田: 非常によくお考えになった企画で, 楽しい総会になると思います. ご成功疑いなさだと思いますが, 6月はちょうどライラックも咲くいい季節で.

小柳: ちょっと早いかもしれませんが, 北海道は春が来るのが遅くて, 春と夏が一緒に来たような時期が6月なのですが, 本州の方は逆に梅雨に入って非常に鬱陶しいのではないかと思います. 是非たくさんの方においでくださることを心待ちにしています

最後に, 学会は近年非常に華美になってきていますが, 来年はスリムな学会にするよう心掛けているということを追加させていただきます.

吉田: ありがとうございます. 総会のことに関しては大体以上のようなことで終わりたいと思います

泌尿器科学の教育について

次に, これから泌尿器科学はどういう方向に進むべきかということもお考えになっていることと思いますが, 教育のことについてちょっとお伺いしたいと思います

2年後の2001年には卒後臨床研修の必修化がまず間違いなく行われるであろう情勢ですね. そうしますと, 泌尿器科医になる人たちもスーパーローテートしなければいけないという形になろうかと思います. 卒

後臨床研修が必修化になった場合にどのような問題点があり、その問題をどのように解決していったらいいかというお考えがおありだと思うのですが、いかがでしょうか。

小柳：数年前から卒後研修の義務化のことは話題になっていたのですが、今吉田先生がおっしゃったようにかなり身近に具体的に迫ってきています。その内容を見ますと、基本診療科のローテーションが多くを占め、泌尿器科を含め専門性の強い科のローテーションはかなり短くなっています。私は、そのようなスーパーローテーションの形は、長い目で見れば非常にいいとは思いますが、国の方針として2年で組まれているものの、はたして2年が本当に必要かどうかというのは疑問に思います。スーパーローテーションの導入で、泌尿器科への exposure が少なくなることで、高齢化社会を迎えているいろいろな面でマンパワーを必要としている泌尿器科を専攻する人が少なくなってしまうという危惧は一方ではあります。しかし、それは私たち教育する側から motivation を与えることで対処していかなければならない問題ではないかと思っています。

吉田：例えばこのようなローテーションを組んだらどうですかというのが先般の答申に出ていますけれども、あのスーパーローテーションのカリキュラムに則って1つの大学の附属病院で100人以上の臨床研修が可能ですか？

小柳：いや、現実には大学1つだけではとてもできません。大学病院としっかりした指導医と研修プログラムのある卒後研修指定病院群を組み合わせる方向で検討しています。恐らく先生のところも含めて、各大学はそういう病院群でやるような方向で検討されているのではないかと思います。

吉田：現実の問題として、例えば3カ月だけの救命救急医療の研修を多くの研修医を引き受けてやってくれる病院を探すというのはなかなか難しいことです。また、あそこであっていいようなスーパーローテートをやってプライマリケアができる医者をつくる場合に、産科・婦人科をローテートするといっても、今は少子化時代でとてもできない。ですから卒前臨床教育とうまく組み合わせたカリキュラムをこれからつくらないと、臨床研修はうまくいかないのではないかと思います。

小柳：そうですね。どの大学でも、新カリキュラムはその点を念頭に置いて clinical clerkship ということで、学生教育のレベルから臨床への exposure を早めにして、卒後研修とタイアップさせて初めてスーパーローテーションが可能となるのではないかと思います。

吉田：もう2年後ぐらいにきますから、泌尿器科学会

としても、ぜひとも早くモデルケースのようなものをつくって準備しておかなければならないと思います。

小柳：5～6年前に私が学会の教育委員長をやっていたときには、具体性がまだ全然なかったのですが、今の専門医認定期間の5年の中に2年を入れるのか入れないのかということが議論されたことはありませんでした。当時、私は教育委員長ということで三者連絡協議会に出たことがありますが、卒後研修の件では、各学会により入れるとするところもあるし、入れないとするところもありました。2001年からということになりますと、今の教育委員長は阪大の奥山先生だと思いますが、泌尿器科としても卒後研修の2年を5年にカウントするのかどうかということについて早く考えを出さなければなりません。

吉田：教育の方に関してもう1つ言いたいことがあります。

実は私は2、3日前からある本を読んでいます。ハーバード大学名誉教授のバーナード ラウン博士をご存知だと思います。1985年に核戦争防止国際医師会議を代表してノーベル平和賞をもらった方で、本当にアメリカ医学の頂点を究めた心臓専門医なんですが、“The Lost Art of Healing”，直訳すると「失われた癒しのアート」という題で本を出されています。それを「治せる医師、治せない医師」、「医師はなぜ治せないのか」（編集部注：築地書館、東京、1998年刊）という題にして小泉直子さんが訳した本を読んで私は大変感銘を受けたんです。

ここで言っていることは、先ほど先生もおっしゃったけれども、現代では医療と科学が近づきすぎている。ハイテクノロジーになり科学技術が進みすぎているから、医療というものと科学というものが同じであるという幻想が持たれるようになっていく。医者は病床での接し方を軽視するようになっていく。ラウン博士は問診というのを非常に重視しているんですが、問診を丁寧にするのを怠って、患者と人間的に接する努力をしなくなっているというふうに書いてるんですね。そして、Healing（癒し）ということと Curing（治療）というのは補い合うものでなくてはならないのに対立するかのようになっている。Healing ということから Curing に重点が移ってしまい、患者自身に人間的に接するという努力、あるいは問診を丁寧にするというようなことが見失われつつあるということが書かれています。

先ほど QOL の話が出ましたが、私は泌尿器科というのは特に高齢者の QOL に大きく関わっている医学、医療だと思うのです。ところが高齢者の QOL というのは個人個人によって違うんですよね。ですから癒し (healing) ということを求められていると思うんです。ところがだんだん今はそれがなくなって、医

療というのは科学に近いものだということで、人間として人間的に接するという努力がなくて治しているというようなことが大変多いように思うのです。

その点を、これから若い先生方を指導する上でぜひお願いしておきたいと思います。私は、やはりヒューマニティというものが医者には不可欠だと思います。医者は癒し (healing) をやらなければいけないわけけれども、治療 (curing) だけをしている。人間的に接するということがおろそかになっている。私はそのように考えているんですが、いかがでしょうか。

小柳: 全く同感です。例えば、腹部の触診をしなくてもお腹のことはわかるとか、聴診器をあてなくても心臓のこともわかるとか、要するにほとんどテクノロジーを駆使して診断・治療が行われる。そこには問診とか基本的なタッチというものが欠けているが、そんなことをやらないでもわかる。それにデータを見れば今どうなっているかわかるものだから、あまり患者の話にも耳を貸さないというような、テクノロジーとデータ重視で診断治療が行われていく面が確かにありますよね。

先ほどのローテーションというようなことを通じて、また early clinical exposure などを通じて、医学の卒前・卒後教育の現場で若い臨床医を教育していく上では、そういう healing につながるいろいろなことを大切にしなければいけないと思います。患者さんが求めているのはやはり耳を貸してくれるとか、聴診器をあててくれるとか、そういうような非常にヒューマンな面ではないかと思うんですね。そういう面で吉田先生のおっしゃることに100%同感です。

今、先生は高齢者のお話をされましたが、小児の先天性疾患で非常に重篤で手の打ちようのない病気であっても、healing によって親御さんを含めて安心を生むことができます。癌の治療でもそうですけれども、エンドポイントを生存とすると同じ month かもしれないけれども、そこにお話を聞いてあげて、どれだけ相手の立場になってものを一緒に考えてあげたかということが、家族にとっては非常に質の濃い存命期間だったということで、だいぶ違ってくると思います。

ですから、cure はできないけれども healing、これ

からは、治療成績を論ずるときにはそういう質的なものも考えていかなくてはならないと思います。先生も関係された今年の SIU シンポジウムで、前立腺癌の治療成績評価に今までの CR や PR という response criteria ではなくて、paradigm shift が起こってきて QOL を含めた評価が行われるようになってきているということは非常にいいことだと思います。私たちはそういう点も念頭においたことを目指すべきですし、またそういうことを次の世代の若い先生たちに教育していく必要がある。それには私たち自身から example を出していかないといけないと思います。

吉田: この本の中に面白いことが書いてあるんです。ラウン博士のところにはアメリカ中から非常に多くの患者さんが見える。そして手術が必要だったら心臓外科医に送るわけです。あるとき紹介した患者から、私の心臓手術を執刀した先生の写真をもらってくれと依頼された。こんなにいい手術をしてもらって元気になったことを感謝して自分の部屋にでもその写真を飾っておくのかと思ったが、「これをどうするの。」と聞いたら、「私の大事な心臓の手術をした医者がどんな顔をしているのか見たこともないし、向こうも私の顔を見たことがない。それではあまりにも寂しいから、せめて写真で顔ぐらいは見たいのです。」と、半分ジョークみたいな事実の話です。例の横浜市大で起こった患者さんの取り違い事件。あれでも癒しのアートが失われていることだと思うのです。テクノロジーばかりに頼っていくとああいうことになるので、現在の医療の重大な欠陥の現れである、まさに art of healing が失われたという現象だと受け取ったのです。この本を読むと、そういうことが本当によくわかるわけです。先生も同様のお考えであれば、ぜひとも学会などを通じて教育していただくようお願い致します。

小柳: そうですね。今回は研究の発表はもちろんしていただきますけれども、教育的な企画を通じて臨床の重要性もうたっていますので、その点も伝わってくればと思っています。

吉田: 総会を期待すると同時に先生のご活躍を心から祈っています。本日はありがとうございました。